DE LA MICTION

CHEZ LES FEMMES EN COUCHES

DE LA MICTION

CHEZ LES FEMMES EN COUCHES

PAR

Le Docteur **RECHT**

Ancien interne de l'hôpital de Rothschild

Membre correspondant de la Société anatomique

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1894

INTRODUCTION

Pendant les six mois que nous avons suivi le service de M. le professeur Pinard à la clinique d'accouchement de Baudelocque, nous avons entendu, à maintes reprises, notre éminent maître insister sur ce fait, que le cathétérisme de la vessie chez les femmes en couches ne devait être pratiqué que d'une façon tout à fait exceptionnelle. Autant le Pr Pinard insiste sur la nécessité de veiller à la vacuité de la vessie pendant l'accouchement proprement dit et pendant la période de délivrance (1), autant il recommande de s'abstenir du cathétérisme pendant les suites de couches.

Si nombre de médecins et de sages-femmes ont encore recours souvent au cathétérisme c'est qu'ils ne sont pas suffisamment convaincus que la *miction chez les accouchées est presque toujours spontanée.*

Sur les conseils de M. le Dr Lepage, ancien chef de clinique, nous avons choisi ce point de pratique comme sujet de notre thèse inaugurale, et nous nous sommes trouvés dans de bonnes conditions pour étudier cette question, puisque, grâce à la bienveillance habituelle du Pr Pinard, nous avons pu mettre à profit les nombreuses observations qui sont re-

(1) Voy. sur ce sujet la thèse d'un élève de la clinique Baudelocque. *Rôle de la vessie pendant l'accouchement et la délivrance.* Vigouroux (Thèse, 1892).

cueillies dans son service. Nous avons donc recherché au bout de *combien de temps* en moyenne après leur accouchement, les femmes urinent spontanément, puis nous avons relevé avec soin les quelques cas dans lesquels le cathétérisme a été pratiqué.

Nous ne nous sommes pas contentés de relever la pratique suivie à la clinique Baudelocque et les résultats qu'elle fournit, nous avons tenu à connaître également la conduite tenue à cet égard dans les autres Maternités de Paris. Nous remercions les chefs de service qui ont bien voulu, d'une manière sommaire, nous indiquer leur manière de faire.

Voici quelle sera la division de notre travail : dans un premier chapitre nous indiquerons quelle était la conduite tenue jusqu'en ces dernières années, en relevant l'opinion des principaux auteurs classiques.

Dans un deuxième chapitre nous indiquerons, d'après les chiffres que nous avons relevés, au bout de combien de temps en moyenne la femme urine spontanément après l'accouchement.

Nous devons, dès à présent, dire qu'il est assez difficile d'apprécier l'influence exacte des différentes causes qui peuvent retarder la miction.

Dans le troisième chapitre nous montrerons d'après les relevés de la clinique Baudelocque combien peu souvent on y pratique le cathétérisme et les observations que nous rapporterons feront voir dans quelles circonstances on a été obligé d'évacuer le réservoir urinaire.

Dans le quatrième chapitre nous essayerons d'apprécier les raisons qui doivent faire abandonner le cathétérisme hâtif et nous discuterons les motifs invoqués par ceux qui conseillent

encore soit de sonder systématiquement toutes les accouchées soit de les sonder quelques heures après l'accouchement.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, de remercier tous ceux qui nous ont prodigué généreusement leur enseignement, et qui nous ont aidé de leurs conseils.

Nous prions notre maître, M. le Dr Weill, médecin en chef de l'hôpital de Rothschild, d'agréer le premier l'hommage de notre profonde reconnaissance pour tout ce que nous lui devons.

Accueilli par lui avec une bienveillance dont nous ne saurions trop le remercier, nous avons largement profité de son enseignement ; nous avons pu apprécier ses précieuses qualités de savant, de clinicien et de maître ; il nous a toujours laissé une large initiative et nous a donné ainsi le meilleur moyen de nous instruire.

Nous prions messieurs les docteurs Marc Sée, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, Chevalier de la légion d'honneur et Arnold Netter, médecin de l'hôpital Tenon, Chevalier de la légion d'honneur de recevoir nos plus vifs remercîments pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée et pour l'appui généreux qu'ils nous ont prêté en toutes circonstances.

Nous adressons nos remercîments à nos maîtres Messieurs Fernet, Bucquoy, Merklen, Gouguenheim médecins des hôpitaux ; Messieurs Tillaux, Berger, Potherat, chirurgiens des hôpitaux ; nous remercions également M. le Dr Lepage ancien chef de clinique de la Maternité Baudelocque qui a bien voulu nous donner quelques conseils pour la rédaction de ce travail.

Nous exprimons notre gratitude à M. le Dr H. Varnier pro-

fesseur agrégé, dont l'enseignement à la clinique Baudelocque nous a été précieux.

Qu'il nous soit permis de remercier Monsieur le docteur Wallich, chef de clinique et Mlle Roze, sage femme en chef pour leurs bienveillants conseils et l'aide qu'ils ne nous ont jamais refusés.

Enfin que M. le professeur Pinard nous permette de le remercier respectueusement d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse après nous avoir permis gracieusement de prendre nos observations dans son service. Nous ne pourrons jamais oublier ni l'insigne honneur qu'il nous fait, ni l'aimable bienveillance qu'il nous a témoignée.

I

Historique

Pour faire l'histoire de la miction chez les femmes en couches, nous n'avons pas eu besoin de remonter bien loin le cours des années. Toutes les thèses antérieures à 1830, que nous avons consultées et se rapportant à l'hygiène des femmes en couches ou aux soins à donner aux accouchées consacrent un chapitre intitulé « Excreta » aux fonctions des appareils digestifs et urinaires, à la lactation et à la transpiration.

C'est surtout la transpiration et la montée du lait qui préoccupe les auteurs de cette époque ; quant à la rétention d'urine ils n'en parlent pas ou peu.

« L'urine, nous dit l'auteur d'une thèse de 1815 (1), est tou-
« jours assez abondante par l'usage de boissons appropriées,
« tisane d'orge, de chiendent, de réglisse ou infusion de til-
« leul, de camomille, de fleurs de sureau ; si l'urine est
« légèrement sédimenteuse, c'est un favorable augure, elle
« prévient les dépôts laiteux. »

Dans un travail de 1819 (2) nous voyons bien que le mé-

(1) Coquin dit Martel. *Hygiène de la femme après l'accouchement.* Thèse de Paris, 1815.

(2) Poichot. *Hygiène de la femme après l'accouchement.* Thèse de Paris, 1819.

decin doit veiller attentivement à ce que les évacuations suivent une marche régulière, à cause des accidents qui résultent le plus ordinairement du trouble de ces fonctions ; mais l'auteur ne parle pas des urines.

En 1830 nous trouvons pour la première fois signalé l'emploi du cathétérisme** : « La sécrétion des urines éprouve quel-« quefois de la difficulté. On doit dans ce cas exposer les « parties génitales de la femme aux vapeurs de décoctions « émollientes. Il arrive, malgré ce moyen, que l'on est « obligé parfois d'avoir recours au cathétérisme » (1).

En 1835, Merger (2), non content de constater que la nouvelle accouchée urine quelquefois difficilement, essaie d'en donner la raison et dit : « La présence du fœtus et de ses « annexes pendant la grossesse contribue comme stimulus à « l'activité de la circulation utérine. Si cela est vrai, il est « évident qu'il convient d'éviter avec soin tout ce qui pour-« rait accidentellement produire le même effet, qu'ainsi il « importe que la cavité *utérine* soit vidée, que l'urine ne « séjourne pas dans la vessie. Si les femmes ne peuvent uri-« ner cela est dû au boursoufflement du meat urinaire et des « parties environnantes. Il faut dans ce cas exposer les parties « génitales de la femme, à la vapeur d'eau chaude ou d'une « décoction émolliente, ou bien pratiquer le cathétérisme.

« A sa première visite, nous dit d'Hôtel (3) le médecin « doit examiner l'état de la vessie. Souvent la femme ne

(1) Gouville. *Hygiène de la femme après l'accouchement.* Thèse de Paris, 1830.

(2) Merger. *Hygiène des femmes en couches.* Thèse de Paris, 1835.

(3) D'Hotel. *Des soins que réclament la mère et l'enfant après l'accouchement.* Thèse de Paris, 1851.

« peut uriner et n'en éprouve pas le besoin. La vessie étant « pleine remonte au-dessus de l'ombilic, le ventre offre deux « reliefs, l'un tenant à la matrice, l'autre à la vessie. On « peut avant de sonder la femme soumettre ses parties géni- « tales à des fumigations émollientes. »

Pour expliquer la rétention d'urine, Marchand (1) dans sa thèse de 1860, cite l'opinion de Dubois : « Pendant le travail « les parois de la vessie et les nerfs qui l'animent sont com- « primés entre deux plans résistants, la symphyse pubienne « et l'utérus considérablement durci ; ils sont froissés, contus; « de là la paralysie du réservoir urinaire ».

En 1877 Mons (2) nous dit dans sa thèse que « dans l'ac- « couchement tout travail lent et difficile ; toute opération « obstétricale, peuvent être suivis de cystite, d'incontinence « ou de rétention d'urine.

Tous les traités mentionnent les troubles urinaires dus au développement de l'utérus par le produit de la conception, mais c'est surtout aux pressions exercées pendant le travail sur la vessie par les parties fœtales, qu'il faut attribuer la plus grande part d'influence dans le développement de ces troubles.

D'après Hervieux (3) il y a parfois une autre cause ; c'est l'empoisonnement puerpéral : « Le nombre d'accouchées « atteintes de cystites est relativement assez considérable et « hors de proportion avec le nombre des femmes qui pen-

(1) Marchand. *De la rétention d'urine.* Thèse de Paris, 1860.

(2) Mons. *Cystite dans la grossesse et l'accouchement.* Thèse de Paris, 1877.

(3) Hervieux. *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suites de couches*, 1870.

« dant le travail ont éprouvé des accidents susceptibles à « eux seuls d'expliquer l'inflammation de la muqueuse vési- « cale. Quand l'accouchement a été naturel, facile, la cause « mécanique, ne peut plus être invoquée. il n'y a d'admissible « que l'action spécifique d'un principe toxique.

Mons admet de plus que le cathétérisme mal exécuté peut déterminer la cystite. Barcker (1) dans sa thèse (1877) dit, qu'à sa « première visite après l'accouchement le médecin « doit faire attention au fonctionnement de la vessie ; il y a « souvent de la rétention due à la compression par la tête « de l'enfant pendant un séjour trop prolongé dans l'excava- « tion. Dans ce cas, il faut sonder la femme deux ou trois « fois par jour.

En 1882 nous trouvons une statistique dans la thèse de Robert (2). En trois mois sur 216 accouchements pratiqués à l'hôpital de la clinique, il y a eu 42 cas de rétention d'urine. Pour expliquer ces cas de rétention d'urine l'auteur n'invoque pas de lésions locales, mais un ébranlement général, un engourdissement de l'organisme entier qui suivent l'accouchement et qui se manifestent par le sommeil de toutes les fonctions. Non seulement la vessie ne se contracte pas, mais la volonté manque pour donner la première impulsion et manque d'autant plus que la femme n'éprouve même pas le besoin d'uriner.

A l'hôpital de la clinique, quand une femme n'a pas uriné 7 ou 8 heures après son accouchement, on la sonde. Or l'auteur a vu des femmes qui n'avaient pas pu uriner le matin et

(1) Barcker. *Soins à donner à la femme avant, pendant et après l'accouchement*. Thèse de Paris, 1877.

(2) Robert. *Contribution à l'étude de la rétention d'urine chez les nouvelles accouchées envisagée surtout au point de vue de ses causes*. Thèse de Paris, 1882.

que l'on avait oublié de sonder y arrivaient très facilement le soir ; d'autres femmes déclaraient ne pouvoir uriner, on s'apprêtait à les sonder, effrayées elles demandaient de nouveau le bassin et avaient une miction abondante.

Sur les 216 accouchements formant la statistique de Robert, le cathétérisme a été pratiqué 42 fois.

Dans ce nombre il y avait 111 primipares dont 32 ont été cathétérisées, tandis que sur 105 multipares, 10 seulement ont été sondées.

Pour remédier à la retention d'urine et aux douleurs auxquelles elle donne parfois lieu, Lucas Championnière conseillait en 1882 de sonder les femmes 2 fois par jour pendant les quatre ou cinq jours qui suivent l'accouchement.

En 1883 paraît la thèse de Prieur (1), il nous dit dans son travail qu'après l'accouchement le cathétérisme pratiqué avec tous les ménagements possibles n'est que trop souvent, en raison du petit traumatisme qu'il provoque, une cause suffisante pour produire l'inflammation de la vessie.

Cette manœuvre n'étant pas sans danger, on trouve consignés dans les auteurs plusieurs procédés à mettre en pratique avant d'employer la sonde (fumigations, lavements, etc), mais le cathétérisme est considéré par le plus grand nombre comme la seule ressource et presque tous les auteurs conseillent son emploi 6 ou 8 heures après la délivrance si la nouvelle accouchée n'a pas encore uriné ?

Pour Cazeaux (2) la rétention d'urine serait surtout due à

(1) Prieur. *Cathétérisme aseptique dans les hôpitaux d'accouchement.* Thèse de Paris 1883.

(2) Cazeaux. *Traité d'accouchements*, 9e édition revue et annotée par Tarnier. Paris, 1877.

une compression trop violente déterminant une paralysie de la vessie quand le travail a été long et pénible. Joulin en fait une paralysie de la vessie favorisée par le decubitus dorsal et le relâchement des parois abdominales; *Stoltz* y voit l'affaiblissement de l'élément musculaire de la vessie et des parois abdominales, aidé par le gonflement du col de la vessie.

Mattei se basant sur le cathétérisme qui lui aurait fait constater des tortuosités momentanées, pense l'expliquer ainsi: Dans les derniers temps de la grossesse le col s'allonge parce que la vessie remonte; après l'accouchement, il se raccourcit et se fronce. Un ou deux cathétérismes suffisent pour redresser le canal.

D'après Schrœder la vessie comprimée par l'utérus pendant la grossesse perd la forme sphérique et diminue de capacité. Elle est par suite dans un état de distension continuelle dont elle finit par contracter l'habitude. Après l'accouchement, la compression venant à cesser, la vessie reprend sa forme primitive et peut contenir une quantité de liquide beaucoup plus considérable qu'avant, sans éprouver de gêne, d'où absence de besoin d'uriner.

Charpentier faisant remarquer qu'on la rencontre plus souvent après les accouchements difficiles, croit devoir l'attribuer à une paralysie momentanée du col de l'urèthre: Fordyce Barcker de New-York, dit que cette rétention peut être due au manque de contractilité de la paroi musculaire de la vessie dont les fibres sont comme paralysées par suite de la superdistension qu'elles subissent. Elle peut reconnaître pour cause une obstruction mécanique du méat ou de l'urèthre par la tuméfaction des parois de ce conduit

Fordyce Backer ne sonde pas, il remplace le cathétérisme par l'ergot de seigle.

D'après le travail de Prieur les auteurs admettent que le séjour un peu prolongé de l'urine dans la vessie produit presque fatalement l'inflammation de cet organe.

« Le premier effet de la rétention d'urine sur la vessie, dit Barnes, est une irritation qui conduit à la congestion puis à l'inflammation ; c'est la cause la plus commune de la cystite. »

Nous avons vu en effet que sur 216 accouchements pratiqués à l'hôpital de la clinique on a pratiqué 42 fois le cathétérisme ; or sur ces 42 malades, 25 ont eu de la cystite. Cette cystite a été 5 fois très légère, 10 fois légère, 3 fois vive, 2 fois très vive, 4 fois très violente.

Est-ce au séjour de l'urine dans la vessie ou au cathétérisme qu'il faut attribuer ces cystites ? Il n'est plus permis de se le demander. Quoi qu'il en soit, voici la conclusion de l'auteur. « Quoique la rétention s'établisse souvent à la suite du cathétérisme, il faut cependant le pratiquer pour éviter la cystite. Trois ou quatre cathétérismes peuvent suffire dans les 24 heures, mais on ne saurait fixer de chiffre à cet égard. »

Olshausen admet que l'inflammation vésicale peut succéder à l'introduction des lochies dans la vessie au moment du cathétérisme. Mais elle peut aussi se développer sans cathétérisme, sans inflammation de voisinage, sans traumatisme, après un accouchement normal ou même après une fausse couche. Il faut alors admettre une congestion par communauté vasculaire.

Dans les *Annales de gynécologie* (1880, 1er semestre T. XIII, page 167) nous avons trouvé une étude clinique de la cystite chez la femme considérée spécialement dans ses rap-

ports avec la grossesse et l'accouchement par Eugène Monod Dans ce travail, M. Monod constate que tous les accoucheurs signalent la rétention d'urine qui suit fréquemment l'accouchement: mais aucun ne donne la description nette d'une cystite vulgaire par ses symptômes graves, par sa désolante ténacité, survenant en dehors de toute cause traumatique ou de toute compression locale, à la suite d'un accouchement ordinaire Monod a trouvé épars dans la littérature médicale quelques documents qui se rapportent plus ou moins à ce sujet, mais les auteurs confondent cystite avec rétention d'urine, cystalgie, irritabilité vésicale, spasme du col de la vessie. Les uns observent fréquemment des troubles vésicaux chez les accouchées, les autres, au contraire, ne se rappellent pas avoir observé de cystite puerpérale. M. Monod fait remarquer combien souvent on est obligé de recourir au cathétérisme dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accouchement et il admet que la sonde, imprégnée des liquides qu'elle rencontre à l'entrée du vagin puisse introduire dans la vessie des substances propres à provoquer une inflammation.

Tarnier dans son *Traité de l'art des accouchements* (1882 Tome 1[er] page 798) s'exprime de la façon suivante :

« La rétention d'urine chez les femmes en couches se pré-
« sente tantôt immédiatement après l'accouchement et tantôt
« quelques jours après. Dans le premier cas, elle semble due
« à la paralysie de la vessie et à la contusion du col : dans
« le second elle dépend vraisemblablement d'une inflamma-
« tion consécutive. »

« D'autres fois, les malades n'urinent qu'incomplètement.
« et à leur insu la vessie est encore distendue par une grande

« quantité de liquide. Après avoir interrogé les malades sur « l'émission des urines, l'accoucheur devra donc s'assurer « par lui-même que la vessie ne contient pas d'urine, car, « dans tous les cas il est très important de ne pas méconnaître « cet état. Pareille faute est souvent commise et alors le « médecin tombe fatalement dans une erreur de diagnostic « sur la cause de la douleur du bas-ventre.

« Les symptômes de la rétention d'urine chez les femmes « en couches offrent des caractères particuliers. La vessie, « repoussée en avant par l'utérus qui forme derrière elle un « plan résistant, proémine presque toujours assez fortement « au-dessus du pubis pour y former une tumeur appréciable « à l'œil. De plus, la vessie, en se distendant, entraine « avec elle l'utérus dont le fond remonte parfois très haut. « Nous l'avons trouvé, douze heures, vingt-quatre heures « après l'accouchement, au niveau des fausses côtes droites, « l'organe tout entier étant dévié de ce côté, le fond de la « vessie remontant jusqu'à l'ombilic.

« Quand on pratique le cathétérisme, on voit l'utérus s'abais- « ser et reprendre sa position normale, à mesure que l'urine « s'écoule. Chaque fois donc qu'on trouvera le fond de l'utérus « à une hauteur très considérable, on devra examiner avec « soin la région sus-pubienne pour s'assurer que la vessie « n'y fait pas relief, quand celle-ci est vide, les doigts sentent « sans aucune difficulté la face antérieure de la matrice sur « toute sa hauteur.

« La rétention d'urine persiste quelquefois chez les accou- « chées pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines. « Pendant tout le temps qu'elle dure il faut pratiquer le ca- « thétérisme au moins deux fois par jour. »

« Auvard (*Traité pratique d'accouchement* 2e édition
« page 325) constate qu'à un accident fréquent vers lequel
« l'attention du médecin doit toujours être dirigée, est la réten-
« tion d'urine. La vessie comprimée durant l'accouchement,
« est paralysée ou paresiée pendant les premiers jours du post-
« partum.

« La rétention est tantôt complète, tantôt incomplète;
« cette dernière variété est particulièrement insidieuse, et
« peut passer inaperçue au détriment de la malade, dont l'in-
« volution utérine est ainsi gênée et retardée. — Aussi pour
« éviter pareil accident, le médecin doit-il, à toutes ses visites,
« palper l'abdomen, et toutes les fois qu'il trouve, à partir du
« deuxième jour l'utérus au-dessus de l'ombilic, songer à la
« possibilité de la rétention. Traitement : cataplasmes chauds
« favorisant parfois l'émission de l'urine : asseoir la malade
« pour accomplir la miction ; dernière ressource : cathété-
« risme avec antiseptie rigoureuse, sinon on s'expose à la
« cystite et à la pyelo-néphrite.

Dans le *Précis d'obstétrique* de Messieurs Ribemont-Dessaignes et Lepage (1893) nous lisons que « La nouvelle
« accouchée reste souvent pendant plusieurs heures sans uri-
« ner, tantôt l'absence de miction tient à une sorte d'insensi-
« bilité de la vessie qui se laisse passivement distendre sans
« provoquer le besoin d'uriner ; tantôt elle est due à une véri-
« table rétention d'urine. Malgré ses efforts la femme ne
« peut uriner. Le traumatisme subi par le col de la vessie
« et l'urèthre pendant le travail rend douloureux le contact de
« l'urine avec la muqueuse de ce canal ; il en résulte une con-
« traction spasmodique du col vésical qui met obstacle à
« l'omission de l'urine.

« Il ne faut point se hâter de sonder les femmes en pareil cas ; il est rare, en effet, qu'au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, l'émission d'urine n'ait pas lieu spontanément. Il faut ne pratiquer qu'exceptionnellement le cathétérisme chez les accouchées ; c'est le meilleur moyen d'éviter la cystite puerpérale due, dans la majorité des cas, à une infection par une sonde insuffisamment aseptique ».

Enfin Vinay dans un volume paru récemment. (*Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*) parle longuement de la question qui nous intéresse, nous n'indiquerons que le traitement qu'il conseille dans le cas de rétention.

« Peut être la prophylaxie de la rétention consisterait-elle « à exercer les jeunes femmes, avant leur accouchement, à « pratiquer la miction dans la position horizontale.

« Des moyens nombreux ont été indiqués pour combattre « l'ischurie si fréquente après la parturition ; le procédé le « plus simple est de pratiquer le cathétérisme, dès que la « femme est restée douze à quinze heures sans uriner, c'est « généralement facile ; quand on prend des précautions anti- « septiques nécessaires, qu'on agit avec douceur, c'est une « opération insignifiante.

II

Miction spontanée après l'accouchement

L'une des raisons qui contribuent à l'abus du cathétérisme chez les accouchées, c'est que l'on ne sait pas d'une manière assez précise au bout de combien de temps se fait en moyenne la première miction chez l'accouchée. Il nous a paru intéressant de chercher à élucider cette question à l'aide d'observations recueillies pendant près de trois mois à la clinique Baudelocque.

Nos observations sont au nombre de 291.

Ces 291 femmes ont toutes uriné spontanément après un temps plus ou moins long après leur accouchement. Il est assez difficile d'apprécier l'influence exacte des différentes causes qui peuvent retarder la miction. La parité, la durée du travail, les lésions périnéales, le poids de l'enfant, les présentations ont été soigneusement notées pour chaque femme et pourtant nous avons trouvé des différences considérables.

Nous avons d'abord additionné toutes les heures au bout desquelles nos 291 femmes ont uriné spontanément puis faisant la moyenne nous avons trouvé 13 heures 22 minutes.

Sur ces 291 accouchées, 150 étaient primipares. leur première miction spontanée à eu lieu en moyenne au bout de 15 heures. Les 141 multipares au contraire ont uriné au bout de

10 heures. Mais ce ne sont là que des moyennes, nous verrons, en effet, un peu plus loin, que certaines de nos primipares ont uriné au bout de 2 heures tandis que d'autres ont attendu 36 heures. De même pour les multipares, les unes ont uriné au bout de une heure, d'autres au bout de 47 heures seulement.

A. — **Primipares**

Une primipare, au 3[e] mois de sa grossesse après un travail de 32 heures est accouchée d'un enfant de 110 grammes sans avoir été déchirée, elle a uriné 1 heure 1/4 après son accouchement.

Six primipares sont accouchées au 5[e] mois de leur grossesse. Aucune n'a présenté de déchirures, leurs enfants pesaient entre 1830 et 2550 grammes, elles ont uriné au bout de 2, 4, 6, 8, 19, 32 heures.

Une albuminurique, après un travail de 18 heures, dont l'enfant pesait 2600 grammes et qui n'avait pas été déchirée a uriné au bout de 10 heures.

Après une grossesse gemellaire, une femme a uriné au bout de 12 heures, elle avait été en travail pendant 10 heures, ne présentait pas de déchirures. Les enfants pesaient l'un 1440 grammes, l'autre 1680 grammes.

Dans trois cas, on a été obligé de faire la délivrance artificielle, l'une après embryotomie, ces femmes après un travail de 13, 23, 31 heures ont uriné spontanément au bout de 10, 18, 21 heures.

Mêmes différences pour les présentations du siège que chez nos primipares nous avons observées deux fois. Toutes les deux ont eu une déchirure, la première une déchirure

légère après un travail de 19 heures a uriné au bout de 21 heures. Son enfant pesait 3510 grammes. La seconde a eu une déchirure plus profonde et plus étendue, son enfant était plus gros puisqu'il pesait 3880 grammes et cependant cette femme a uriné déjà 8 heures après son accouchement, il est vrai qu'elle n'était restée que pendant 9 heures en travail.

Nous avons observé deux cas d'application de forceps chez les primipares. La première a mis au monde un enfant de 3360 grammes après un travail de 20 heures ; elle a été déchirée, on lui a mis deux points de suture, elle a uriné au bout de 11 heures. La seconde a eu un enfant de 3060 grammes, après un travail de 33 heures, elle a été déchirée également on lui a fait la suture du périnée, elle n'a uriné que 33 heures après son accouchement.

Dans 13 cas nous avons observé des lésions très légères de la fourchette, tout le reste de l'accouchement étant absolument normal. Une de ces femmes a uriné au bout de 1 heure 1/2, son enfant pesait 3450 grammes, son travail avait duré 8 heures 1/2. Au contraire une autre dont le travail n'avait duré que 9 heures 1/2, mais dont l'enfant était beaucoup plus petit puisqu'il ne pesait que 2880 grammes a attendu 34 heures sa première miction,

Viennent ensuite 13 cas de déchirures du périnée, les unes tout a fait superficielles, d'autres plus profondes. La encore nous voyons les mêmes différences puisque l'une de ces femmes a uriné au bout de 5 heures, tandis qu'une autre a attendu 36 heures.

108 accouchements ont été tout a fait normaux ; il n'en est pas moins vrai que l'intervalle qui a séparé l'accouchement de la première miction a varié entre 2 heures et 34 heures.

B. Multipares

Il nous reste à parler de 141 multipares.

a) II	pares	77
b) III	pares	32
c) IV	pares	11
d) V	pares	9
e) VI	pares	1
f) VII	pares	3
g) VIII	pares	3
h) IX	pares	1
i) X	pares	4

a) Secondipares : 77. 1° Un avortement de 6 mois 1/2. Une femme qui pour mettre au monde un enfant de 1140 grammes a été en travail pendant 11 heures a uriné au bout de 3 heures.

2° Après une version interne, une secondipare a uriné 8 heures 1/2 après son accouchement ; son enfant pesait 3310 grammes, elle était restée 9 heures 30 en travail.

3° Dans deux cas de présentation du siège l'une des femmes a uriné au bout de 20 heures, l'autre au bout de 22 heures, aucune des deux n'avait été déchirée, la première était restée en travail 19 heures, son enfant pesait 3050 grammes : la seconde dont l'enfant pesait 3820 grammes n'était restée en travail que 18 heures.

4° Deux secondipares ont présenté une légère éraillure de la fourchette, l'une a uriné au bout de 11 heures, l'autre au bout de 47 heures seulement bien que son travail n'ait duré que 14 heures.

5° Après application du forceps deux secondipares ont uriné après 26 heures.

Pour les 69 secondipares qui restent et qui ont eu un accouchement tout à fait normal, une a uriné au bout de 1 heure; celle qui a eu sa première miction le plus longtemps après son accouchement a attendu 28 heures.

b) Tertipares 32. — 1° Une albuminurique dont l'enfant pesait 2180 grammes est accouchée au bout de 5 heures 50 de travail, elle a uriné 18 heures après son accouchement.

2° Après une grossesse gémellaire une femme est restée en travail 8 heures, elle a uriné 6 heures après son accouchement, ses enfants pesaient 1630 grammes et 1950 grammes.

3° Une femme a fait un avortement au 6e mois de sa grossesse, le poids de l'enfant était de 1470 grammes, elle est restée en travail 3 heures 1/2, elle a uriné 10 heures après son accouchement.

4° Une seule III pare a présenté une légère déchirure, son enfant pesait 3740 grammes, elle est accouchée après 7 heures de travail et a uriné 6 heures après son accouchement.

5° Deux fois on a été obligé de faire la délivrance artificielle, les femmes ont uriné au bout de 24 et 30 heures après un travail de 8 heures et 9 heures et avec des enfants de 3020 grammes et 3430 grammes.

Les 26 III pares qui restent ont uriné entre 1 heure et 31 heures après un accouchement normal.

c) Quartipares : 11. — Les IV pares sont toutes accouchées normalement elles ont uriné entre 2 heures et 20 heures.

d) V Pares : 9. — Chez les V pares une femme a eu un enfant de 3860 grammes, elle est restée en travail 6 heures 1/2 et n'a pas été déchirée, elle a uriné au bout de 13 heures 1/2.

Une autre V pare n'a uriné qu'au bout de 32 heures, bien qu'elle ne soit restée en travail que pendant 2 heures 1/2 et que son enfant n'ait pesé que 1150 grammes.

e) VI PARE : 1. Une seule VI pare a uriné au bout de 11 heures 1/2, poids de l'enfant 3170 grammes, durée du travail 13 heures.

f) VII PARES : 3. Sur les 3 VII pares la première après un travail de 2 heures a uriné 2 heures après son accouchement, poids de l'enfant 3240 grammes.

La seconde a uriné au bout de 3 heures 1/2, elle était restée en travail 4 heures 1/2 et son enfant pesait 4180 grammes.

Enfin la troisième qui n'a uriné qu'au bout de 8 heures a eu un enfant de 3520 grammes après être restée en travail pendant 12 heures.

g) VIII PARES : 3. Des trois VIII pares observées la première a uriné au bout de 1 heure, la durée du travail a été de 7 heures 50 minutes et le poids de l'enfant de 2150 grammes.

La seconde a uriné au bout de 20 heures, le travail a duré 4 heures 1/2 seulement et l'enfant pesait 3560 grammes.

La troisième est accouchée au bout de 18 heures de travail, son enfant pesait 3680 grammes, elle a uriné au bout de 22 heures.

h) IX PARES : 1. Une IX pare dont l'enfant pesait 3550 grammes et qui est restée en travail pendant 7 heures a uriné au bout de 12 heures.

i). X PARES : 4. Les 4 X pares ont uriné entre 8 et 17 heures après leur accouchement.

Celle qui a uriné au bout de 8 heures a eu un enfant de 2030 grammes après 5 heures 40 de travail.

La seconde qui a uriné au bout de 11 heures n'est restée en travail que 2 heures, bien que le poids de l'enfant ait été de 4100 grammes.

La troisième dont l'enfant pesait 4040 grammes est accouchée après un travail de 3 heures et a uriné 12 heures après son accouchement.

Enfin la quatrième n'a uriné que 17 heures après être accouchée, elle était restée 22 heures en travail, son enfant pesait 3690 grammes.

Après cette longue énumération nous voyons combien est variable l'intervalle qui sépare l'accouchement de la première miction spontanée, combien sont nombreux les facteurs qui entrent en jeu et qui tour à tour jouent un rôle prédominant.

Ce qui en résumé paraît résulter de nos observations, c'est qu'en général chez une primipare *la première miction est plus tardive que chez une multipare* et que plus le travail a été long plus la première miction sera retardée.

L'influence des *lésions vulvo périnéales* et du *poids de l'enfant* nous paraît moins grande.

Quant à l'influence des présentations nous croyons pouvoir expliquer de la façon suivante pourquoi la miction est généralement un peu plus tardive dans les présentations du siège que dans les présentations du sommet : c'est que dans ce dernier cas l'urèthre est moins comprimé que dans les présentations du siège. En effet, l'urèthre est situé dans un angle formé par les deux branches du pubis, angle tourné en arrière, dans lequel la tête qui est sphérique ne peut pas

pénétrer complètement à cause de sa consistance dure ; tandis que dans les présentations du siège comme ce sont des parties molles qui pénètrent dans l'angle pubien, ces parties molles peuvent atteindre l'urèthre et le comprimer.

On fait généralement plus attention à la vacuité de la vessie dans l'extraction du siège que dans l'accouchement par le sommet, mais parfois aussi au moment de l'expulsion dans les présentations du siège, la vessie se vide brusquement ; il va de soi que dans ces cas là, la première miction spontanée sera également retardée et d'autant plus retardée que la vessie aura été vidée davantage par ce mécanisme.

Enfin nous arrivons à l'influence du forceps. Sans avoir pu vérifier le fait nous pensons qu'avant l'emploi du forceps de Monsieur le professeur Tarnier on a du remarquer des rétentions d'urine à la fois plus fréquentes et d'une plus longue durée ; avec cet instrument en effet, l'opérateur n'étant pas obligé de tirer autant en avant comprime moins l'urèthre et le comprime moins longtemps.

Nous allons maintenant résumer ce que nous venons de dire dans le tableau suivant.

I Pares (150)

Poids de l'enfant	Durée du travail	Lésions vulvo périnéales	Intervalle séparant l'accouchement de la première miction spontanée.
	Avortement au 3e mois		
110 grammes.	32 heures.	Nulles.	1 h. 1/4
	Avortements au 5e mois		
Mort-né.	10 heures.	Nulles.	2 h
Mort-né.	3 h.	—	4 h.
2550 grammes.	10 h. 40	—	6 h.
1970 —	3 h. 1/2	—	8 h.
Macéré.	10 h. 1/4	—	19 h.
1830 —	9 h.	—	32 h.
	Albuminurie		
2600 grammes.	18 h.	Nulles.	10 h.
	Grossesse gémellaire		
1o 1440 grammes. 2o 1680 —	10 h.	Nulles.	12 h.
	Délivrances artificielles		
3210 grammes.	13 h.	Nulles.	21 h.
2550 —	23 h.	—	18 h.
Embryotomie.	13 h.	—	10 h.
	Présentations du siège		
3880 grammes.	9 h.	Déchirure.	8 h.
3510 —	19 h.	—	21 h.
	Forceps		
3060 grammes.	33 h.	Périnéorrhaphie.	33 h.
3360 —	20 h.	Déchirure. 2 points de suture.	11 h.
	Déchirures de la fourchette		
2700 grammes.	12 h.	Légère déchirure.	13 h. 1/2
1740 —	5 h.	— —	18 h.
3260 —	9 h.	— —	12 h.
3030 —	13 h. 45	— —	8 h.

3330 grammes.	14 h.	Erosion.	12 h.
3170 —	7 h. 35	—	18 h.
3610 —	7 h. 50	—	16 h.
2590 —	18 h.	—	12 h.
2880 —	9 h. 1[2	—	34 h.
3450 —	8 h. 25	—	1 h. 1[2
2780 —	26 h.	3points de suture.	30 h.
3510 —	?	Déchirure.	33 h.
2650 —	13 h.	—	8 h.

Déchirures du périnée

2960 grammes.	8 h.	Déchirure superficielle.	5 h.
2180 —	20 h.	— —	3 h.
3200 —	10 h.	— —	9 h.
3770 —	19 h	— —	14 h.
3850 —	(?)	— —	19 h.
2070 —	9 h.	Déchirure étendue.	13 h.
2760 —	11 h.	Légère érosion.	5 h. 1[2
2080 —	11 h.	— —	36 h.
3050 —	11 h.	Déchirure superficielle.	19 h.
2780 —	9 h. 40	Déchirure centrale. Périnéorrhaphie.	9 h.
2470 —	39 h.	Déchirure centrale.	3 h.
3800 —	13 h.	Déchirure superficielle.	26 h.
3400 —	11 h.	— —	23 h.

Accouchements normaux

2970 grammes.	7 h. 50	Nulles.	2 h.
2670 —	6 h. 30	—	2 h. 1[2
3190 —	11 h.	—	2 h. 1[2
3330 —	15 h. 25	—	2 h. 1[2
3275 —	11 h.	—	3 h.
3370 —	24 h.	—	3 h. 1[2
3350 —	11 h. 15	—	4 h.
2890 —	14 h.	—	4 h. 1[4
2500 —	7 h. 30	—	4 h. 1[2
2900 —	14 h.	—	4 h. 1[2
2680 —	14 h.	—	5 h.
3450 —	4 h. 35	—	6 h.
3020 —	15 h.	—	6 h.
4180 —	16 h.	—	6 h.
3450 —	4 h. 45	—	6 h.
3090 —	17 h.	—	6 h.
3180 —	27 h.	—	6 h. 1[4
1900 —	3 h.	—	7 h.
31 0 —	18 h.	—	7 h.
3200 —	9 h.		7 h.
3829 —	18 h.	—	7 h.

2860 grammes.	12 h. 1/2	Nulles.	7 h.
3540 —	5 h. 25	—	7 h. 1/2
3170 —	4 h. 1/2	—	7 h. 1/2
2970 —	34 h. 1/2	—	7 h. 1/2
2950 —	4 h.	—	8 h.
3100 —	6 h. 45	—	8 h.
1020 —	(?)	—	8 h.
2860 —	10 h.	—	8 h. 1/2
3390 —	11 h. 1/2	—	8 h. 1/2
3300 —	4 h. 20	—	9 h.
3480 —	26 h.	—	9 h.
3010 —	12 h.	—	9 h.
2750 —	27 h.	—	9 h. 1/2
3030 —	20 h.	—	9 h. 1/2
2990 —	11 h.	—	10 h.
2990 —	11 h.	—	10 h.
3480 —	17 h.	—	10 h.
2950 —	10 h.	—	10 h.
2610 —	18 h.	—	10 h. 1/2
3080 —	7 h.	—	11 h.
3510 —	13 h.	—	11 h.
2900 —	15 h.	—	12 h.
3750 —	4 h.	—	12 h.
3000 —	39 h.	—	12 h.
2320 —	13 h.	—	12 h.
2780 —	22 h.	—	12 h. 1/2
2560 —	22 h.	—	13 h.
3060 —	9 h.	—	13 h.
3720 —	3 h.	—	13 h.
2920 —	12 h.	—	13 h.
3080 —	17 h.	—	14 h.
3310 —	7 h.	—	14 h
3300 —	6 h.	—	14 h.
3610 —	7 h. 1/2	—	14 h.
1680 —	11 h. 40	—	14 h.
3310 —	8 h. 20	—	14 h.
3320 —	13 h.	—	14 h.
3130 —	41 h. 1/2	—	14 h. 1/2
2330 —	10 h.	—	15 h.
2690 —	7 h.	—	15 h.
3120 —	12 h.	—	15 h.
3370 —	9 h.	—	16 h.
2910 —	20 h.	—	16 h.
2360 —	4 h.	—	16 h.
3140 —	15 h.	—	16 h.
2140 —	9 h.	—	16 h.
3110 —	6 h.	—	16 h.
3120 —	14 h.	—	16 h.
2700 —	9 h. 40	—	16 h.

3020 grammes	9 h.	Nulles.	16 h
3410 —	16 h.	—	17 h.
3410 —	10 h.	—	17 h.
2850 —	11 h.	—	17 h.
3420 —	23 h.	—	17 h.
2850 —	9 h.	—	18 h.
3760 —	19 h.	—	18 h.
3050 —	24 h.	—	19 h.
2200 —	15 h.	—	19 h.
2820 —	18 h.	—	19 h.
3180 —	11 h.	—	20 h.
3070 —	36 h.	—	20 h.
3300 —	6 h.	—	20 h.
2730 —	12 h.	—	20 h.
2180 —	10 h.	—	21 h.
3310 —	6 h.	—	21 h.
3520 —	10 h.	—	22 h.
2530 —	5 h.	—	22 h.
3300 —	14 h.	—	22 h.
3030 —	20 h.	—	22 h.
2390 —	3 h. 1/2	—	22 h. 1/2
3200 —	11 h.	—	23 h.
2910 —	4 h. 1/2	—	24 h.
2620 —	21 h.	—	24 h.
3550 —	8 h.	—	24 h.
2660 —	4 h.	—	24 h.
2700 —	5 h.	—	24 h.
3000 —	5 h. 1/2	—	25 h.
3360 —	13 h. 1/2	—	26 h.
2960 —	14 h.	—	26 h.
1610 —	(?)	—	26 h.
2770 —	14 h.	—	27 h.
2830 —	6 h. 40	—	27 h.
2950 —	9 h.	—	28 h.
2760 —	21 h	—	28 h.
3570 —	20 h.	—	29 h.
2860 —	14 h.	—	29 h.
2870 —	21 h.	—	33 h.
2700 —	7 h.	—	34 h.

II Pares (77)

Avortement au 6e mois

1140 grammes.	11 h.	Nulles.	3 h.

Version interne

3310 grammes.	9 h. 30	—	8 h. 1/2

Présentations du siège

3050 grammes.	19 h.	—	20 h.
3820 —	18 h.	—	2 h.

Déchirures de la fourchette

3500 grammes.	14 h.	—	47 h.
3120 —	2 h.	—	11 h

Forceps

3120 grammes.	13 h.	Légère déchirure.	26 h.
3200 —	8 h. 1/2	Pas de déchirure.	26 h.

Accouchements normaux

2500 grammes.	8 h.	Nulles.	1 h.
3070 —	3 h.	—	1 h. 1/4
3370 —	4 h.	—	2 h.
3380 —	5 h.	—	2 h.
3700 —	11 h.	—	2 h. 1/4
3100 —	6 h.	—	2 h. 1/2
2710 —	11 h.	—	2 h. 1/2
3920 —	5 h.	—	3 h.
2860 —	13 h.	—	3 h.
3050 —	13 h.	—	4 h. 1/2
3580 —	10 h.	—	4 h. 1/2
2900 —	3 h.	—	5 h.
4150 —	5 h. 1/2	—	5 h. 1/2
3220 —	7 h. 1/2	—	6 h.
3330 —	8 h.	—	6 h.
2720 —	5 h. 35	—	6 h.
3370 —	12 h.	—	6 h.
3870 —	11 h.	—	6 h.
3280 —	12 h.	—	6 h.
3680 —	8 h.	—	6 h. 1/2
2710 —	10 h.	—	7 h.
2990 —	15 h.	—	7 h.
2810 —	6 h.	—	7 h.
3610 —	6 h. 1/2	—	7 h. 1/2
2890 —	1 h. 1/2	—	7 h. 1/2
3470 —	14 h.	—	8 h.
2880 —	7 h.	—	9 h.
2790 —	12 h.	—	9 h.
3350 —	2 h. 1/2	—	9 h.
3120 —	9 h.	—	10 h.
3810 —	13 h.	—	10 h.
3080 —	4 h. 1/2	—	10 h.
2720 —	6 h. 1/4	—	10 h.

3060 grammes.	10 h.	Nulles.	11 h.
3380 —	13 h.	—	11 h.
2730 —	(?)	—	11 h.
2350 —	4 h. 20	—	11 h.
3230 —	6 h.	—	12 h.
2880 —	8 h. 40	—	12 h.
2670 —	12 h.	—	12 h.
3350 —	7 h.	—	12 h.
3100 —	5 h. 1/2	—	12 h.
2790 —	10 h.	—	12 h.
3500 —	11 h. 1/2	—	12 h.
3050 —	6 h. 1/2	—	12 h.
2610 —	13 h. 1/2	—	12 h.
3110 —	7 h.	—	12 h.
3310 —	5 h. 1/4	—	12 h.
3620 —	7 h.	—	13 h.
3180 —	7 h.	—	13 h.
2600 —	4 h. 1/2	—	13 h. 1/2
2410 —	5 h. 20	—	14 h.
2390 —	9 h.	—	15 h.
3480 —	5 h.	—	15 h.
3430 —	2 h. 1/2	—	15 h.
2350 —	1 h. 1/2	—	16 h.
2860 —	5 h.	—	17 h.
3750 —	14 h.	—	17 h.
3000 —	13 h.	—	17 h.
3590 —	6 h.	—	18 h.
3380 —	5 h.	—	19 h.
3410 —	7 h.	—	19 h.
2950 —	6 h. 1/4	—	21 h.
3700 —	4 h.	—	21 h.
3700 —	8 h.	—	21 h.
4030 —	12 h. 1/2	—	24 h.
3900 —	8 h.	—	24 h.
1610 —	7 h. 45	—	24 h.
3740 —	4 h.	—	28 h.

III Pares (32)

Albuminurie

2180 grammes.	6 h.	—	18 h.

Grossesses gémellaire

1° 1630 grammes. 2° 1950 —	8 h.	Nulles.	6 h.

Avortements

820 grammes.	3 h.	Nulles.	24 h.
1470 —	3 h. 1[4	—	10 h.

Légère déchirure

3740 grammes.	7 h.	Nulles.	6 h.

Délivrances artificielles

3020 grammes.	8 h.	Nulles.	24 h.
3430 —	9 h.	—	30 h

Accouchements normaux

2000 grammes.	6 h.	Nulles.	1 h.
3280 —	14 h.	—	2 h. 1[2
3830 —	14 h. 1[2	—	4 h. 1[2
3180 —	11 h. 1[2	—	4 h. 1[2
2980 —	7 h.	—	5 h.
2920 —	2 h.	—	6 h.
3030 —	14 h.	—	6 h.
3490 —	8 h. 1[2	—	6 h. 1[2
2600 —	9 h.	—	6 h. 1[2
3550 —	7 h.	—	7 h.
4080 —	26 h.	—	7 h. 1[2
3890 —	7 h.	—	9 h.
3770 —	16 h.	—	9 h.
2790 —	20 h.	—	10 h.
3520 —	9 h.	—	11 h.
3590 —	6 h.	—	11 h.
2860 —	6 h. 1[2	—	12 h.
3230 —	3 h.	—	13 h.
3550 —	4 h. 1[2	—	15 h.
2635 —	6 h.	—	17 h.
3270 —	3 h. 1[2	—	21 h.
3170 —	5 h.30	—	24 h.
3440 —	18 h.	—	26 h.
3470 —	5 h. 1[4	—	26 h.
2810 —	16 h.	—	31 h.

IV Pares (11)

Avortement au 6e mois

1200 grammes.	4 h 1[2	Nulles.	8 h.

Accouchements normaux

2980 grammes	6 h.	Nulles.	2 h.
3150 —	8 h. 1[2	—	2 h. 1[2
1780 —	5 h.	—	3 h.
3420 —	10 h. 1[2	—	3 h.
2960 —	5 h.	—	4 h.
3330 —	15 h.	—	4 h.
4030 —	13 h. 1[2	—	6 h. 1[2
2920 —	8 h.	—	8 h.
3260 —	5 h. 1[4	—	9 h.
2980 —	3 h.	—	20 h.

V Pares (9

Avortement au 6e mois

1150 grammes.	2 h. 1[2	Nulles.	32 h.

Présentation du siège

3860 grammes.	6 h. 1[2	—	13 h. 1[2

Accouchements normaux

3320 grammes.	5 h.	—	7 h. 1[2
3350 —	12 h.	—	8 h.
4140 —	7 h.	—	9 h.
3470 —	3 h. 1[2	—	12 h.
2830 —	15 h.	—	12 h.
2850 —	5 h.	—	13 h.
2980 —	12 h.	—	18 h.

VI Pares (1)

Accouchement normal

3170 grammes.	13 h.	Nulles.	11 h. 1[2

VII Pares (3)

Accouchements normaux

3240 grammes.	2 h.	Nulles.	2 h.
4180 —	4 h. 1[4	—	3 h. 1[2
3520 —	12 h.	—	8 h.

VIII Pares (3)

Accouchements normaux

2150 grammes.	8 h.	—	1 h.
3560 —	4 h. 1[4	—	20 h.
3680 —	18 h.	—	22 h.

IX Pare (1)

Accouchement normal

3550 grammes.	7 h.	—	12 h.

X Pares (4)

Accouchements normaux

2030 grammes.	6 h.	—	8 h.
4100 —	2 h.	—	11 h.
4040 —	3 h. 1[4	—	12 h.
3690 —	22 h.	—	17 h.

III

Cathétérisme à la clinique Baudelocque

Nous avons recherché dans les registres de la clinique Baudelocque combien de fois on avait pratiqué le cathétérisme dans le service de M. le professeur Pinard depuis le 1er janvier 1890 jusqu'au 31 décembre 1893.

En 1890	on a pratiqué	1250	accouchements
1891	—	1661	—
1892	—	1835	—
1893	—	1920	—

Ce qui fait un total de 6666 accouchements pour ces quatre dernières années.

Sur ces 6666 accouchées 20 seulement ont été sondées, ce qui fait une moyenne de 1 cathétérisme sur 333 accouchées.

Voici maintenant comment sont repartis ces cathétérismes.

En 1890	nous en avons relevé	10
1891	—	3
1892	—	4
1893	—	3
		20

Nous ne parlons pas des cas où l'on a été obligé de faire une opération, (symphyséotomie, opération césarienne, grossesse extra-utérine) dont nous dirons quelques mots plus loin. Remarquons, d'abord que sur les 20 cathétérismes relevés, 10 ont été pratiqués en 1890, l'année même où M. le professeur Pinard a pris le service de la clinique Baudelocque. Notre éminent maître était à ce moment aussi convaincu qu'aujourd'hui qu'il ne faut pas se hâter de sonder, mais il est probable que le personnel du service ne partageait pas encore suffisamment cette opinion et surtout qu'on ne veillait pas d'une manière aussi rigoureuse à la vacuité de la vessie pendant l'accouchement. Toujours est-il, qu'en la seule année 1890 on a sondé juste autant de fois que dans les trois années suivantes réunies.

Voici maintenant les circonstances dans lesquelles on a sondé plus ou moins longtemps après l'accouchement.

1890

1° (N° 804) une primipare accouche prématurément après la rupture prématurée des membranes à 5 heures 45 du soir le 6 septembre. Insertion vicieuse du placenta, pas de déchirures, poids de l'enfant 1670 grammes. Le travail avait duré près de 20 heures.

Le lendemain 7 septembre, la malade ne pouvant uriner spontanément et se plaignant de douleurs dans le ventre on la sonde et on retire 1180 grammes d'urine.

2° (N° 795) Dans la deuxième observation il s'agit d'une application de forceps, chez une secondipare, accouchée à

8 heures 40 du soir, le 4 septembre 1890, après un travail de 17 heures 1/2. Elle avait une légère éraillure de la fourchette, à droite de la ligne médiane, son enfant pesait 4100 grammes. Cette femme n'ayant pas encore uriné le 6 septembre, c'est à dire le surlendemain de son accouchement, on la sonde et on retire 1750 grammes d'urine,

3° (N° **285**) Dans la troisième observation il s'agit d'une contraction spasmodique de l'urèthre : Une primipare accouche le 19 avril 1890, sans déchirures, après 18 heures de travail, d'un enfant de 3110 grammes. Cette femme n'avait pas uriné depuis huit heures du matin et son accouchement s'est fait à huit heures du soir. On l'a sondée entre le moment de l'accouchement et celui de la délivrance et on a retiré 200 grammes d'urine. Après l'accouchement on a été obligé d'évacuer la vessie toutes les 24 heures, le cathétérisme devenait tous les jours de plus en plus difficile.

Le 25 avril on a été obligé de sonder cette femme deux fois.

A partir du 1er mai la miction s'est faite spontanément.

4° (N° **1110**) Primipare accouchée le 27 novembre 90 à 4 heures 30 du matin, après 36 heures de travail. Pas de lésion vulvo-périnéale, enfant pesant 3120 grammes. Le 28 novembre on sonde cette femme et on retire 1250 grammes d'urine.

5° (N° **1094**) Primipare accouchée à minuit le 24 novembre 90. Pas de déchirures. Travail 7 heures 20, poids de l'enfant 3170 grammes.

Le 25 novembre on pratique le cathétérisme et on retire 1300 grammes d'urine.

6° (N° **1090**) Primipare accouchée le 23 novembre 90 à

3 heures du soir. Petite déchirure du périnée. Durée du travail 31 heures. Poids de l'enfant 2820 grammes. On sonde la malade le surlendemain de son accouchement et on retire 1700 grammes d'urine.

7° (N° **801**) Secondipare accouchée le 3 octobre 90 sans déchirures, d'un enfant de 3450 grammes après 3 heures 1/2 de travail. On sonde cette femme le 4 octobre et on retire 1000 grammes d'urine.

8° (N° **809**) IV pare accouchée à 1 heure 1/2 du soir le 7 septembre 90. Pas de lésions vulvo-périnéales. Le travail a duré 11 heures 1/2. L'enfant pèse 3620 grammes. Le lendemain 8 septembre on retire 1300 grammes d'urine de la vessie de cette femme.

9° (N° **737**) Secondipare accouchée le 19 août 90, à 1 heure du soir. Pas de déchirures. Durée du travail 28 heures. Poids de l'enfant 3480 grammes. Le lendemain 20 août, cette femme est sondée et rend 1320 grammes d'urine.

10° (N° **640**). Secondipare accouchée à 10 heures 30 du matin le 24 juillet 1890. Cette femme est restée 4 heures 30 en travail, elle n'a pas de déchirures, son enfant pèse 3180 grammes.

Le 25 juillet on la sonde et on retire 1290 grammes d'urine.

Nouveau cathétérisme le 26 juillet, on retire 750 grammes d'urine. Dès lors la femme urine spontanément.

1891

En 1891, le cathéterisme n'est pratiqué que 3 fois, chaque

fois après application du forceps. Dans l'un de ces trois cas on avait dû faire la délivrance artificielle.

1° (N° 439). Primipare accouchée au forceps à 12 heures 20 de l'après midi le 7 avril.

Le cathétérisme est pratiqué le lendemain, on retire 1160 grammes d'urine.

2° (N° 309). Une femme accouche le 11 mars à 4 heures du soir, après application du forceps. On avait sondé cette femme à 3 heures 45 du soir, c'est-à-dire quelques minutes avant son accouchement. On a été obligé de la sonder de nouveau le 13 mars, surlendemain de son accouchement et on a retiré 1650 grammes d'urine.

3° (N° 1210). Primipare accouchée au forceps par M. Potocki, le 14 septembre 1891 à 12 heures. A 1 heure 1/2, M. Potocki fait la délivrance artificielle et comme la malade a une déchirure périnéale il met trois points de suture.

Le 16 septembre, la malade se plaint de céphalalgie, elle a une soif ardente et accuse une légère douleur à la pression au niveau du bord gauche de l'utérus. Depuis le jour de son accouchement elle a été sondée deux fois par jour.

Le périnée n'est pas œdématié, les lochies sont sans odeur. Injections vaginales au biiodure toutes les trois heures. Sulfate de quinine 0,50 centigrammes par jour. Purgatif. Le 17 septembre tous les symptômes inquiétants ont disparu.

1892

Sur 1835 femmes accouchées en 1892 on en a sondé 4. L'une d'entre elles avait été accouchée au forceps ; une au-

tre avait eu une hémorrhagie, on avait fait la délivrance artificielle.

1° (N° 666) Primipare accouchée au forceps à 11 heures 10 le matin du 13 mai 1892. La malade présentant une petite déchirure du périnée, on lui fait deux points de suture. Durée du travail 39 heures. Poids de l'enfant 2900 grammes.

Le 14 mai, cette femme n'ayant pas pu uriner spontanément on la sonde et on retire 1400 grammes d'urine.

2° (N° 675) Primipare accouchée au forceps à 2 heures 55 du matin le 15 mai 1892. Cette femme présentait une légère déchirure de la fourchette, le travail a duré chez elle 2 heures 1/2, son enfant pesait 2570 grammes. Cette femme a eu une hémorrhagie, elle a été délivrée artificiellement. On a sondé cette femme 24 heures après son accouchement et on a retiré 1500 grammes d'urine.

3° (N° 569) Une secondipare accouche le 25 avril 1892 à 2 heures 20 du matin après un travail de 2 heures 1/2. Pas de déchirures. L'enfant pèse 3900 grammes. Cette femme est sondée le soir à 9 heures, c'est-à-dire 19 heures après son accouchement ; on retire 1100 grammes d'urine.

4° (N° 932) Une primipare accouchée le 29 juin 1892 à 5 heures 35 du matin. Son travail a duré 17 heures 35, elle a une légère déchirure du périnée.

Le 20 juin on la sonde et on retire 2000 grammes d'urine.

Nouveau cathétérisme le 1er juillet, on retire 2100 grammes d'urine.

Les lochies sont fétides ; on prescrit des injections intra-utérines (4 litres de biiodure et 12 litres de naphtol. La malade prend 0,50 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 2 juillet malgré beaucoup d'efforts cette femme ne peut pas encore uriner spontanément. On la sonde de nouveau et on retire 1500 grammes d'urine.

Le 3 juillet. Un seul cathétérisme.

4 juillet. On laisse cette femme 36 heures sans pratiquer le cathétérisme, elle finit par uriner spontanément et continue à uriner seule.

1893

En 1893 nous n'avons pu trouver que 3 cas de cathétérisme parmi les 1920 accouchements.

1° (N° 97) Il s'agit d'une présentation de la face en MIGP chez une primipare dont le travail a duré 10 heures 1/2 et qui est accouchée spontanément d'un enfant de 3470 grammes.

Le 21 janvier 1893, à 10 heures 25 du matin. Cette femme a été sondée le lendemain soir à 7 heures c'est-à-dire 21 heures après son accouchement ; 1650 grammes d'urine.

24 janvier. Cette femme n'a pas uriné depuis 48 heures, on pratique une seconde fois le cathétérisme et on retire 1500 grammes d'urine.

Le 25 janvier à 5 heures du soir, nouvel et dernier cathétérisme, on retire 1300 grammes de liquide et à partir de ce moment cette femme urine spontanément.

2° (N° 1579) Dans cette observation il s'agit d'une femme de petite taille (1 mètre 29) dont le diamètre P.S.P. mesure 9 centimètres 9.

Cette femme est accouchée spontanément, à terme, d'un enfant mort pesant 2240 grammes, le 30 octobre 1893 à

6 heures du soir, après un travail de 39 heures. La période d'expulsion a duré 1 heure 50 minutes. Cette femme a eu une déchirure du périnée, elle a uriné spontanément à 9 heures du soir, c'est-à-dire trois heures après son accouchement puis elle est restée 25 heures sans miction spontanée. Le 31 octobre à 10 heures du soir la vessie remonte à un travers de doigt au dessus de l'ombilic, on pratique le cathétérisme et on retire 1700 grammes d'urine. Depuis lors la malade a uriné spontanément.

3° (N° 458) Une secondipare accouche le 1er avril 1893, après 11 heures de travail, à 2 heures 45 du matin, d'un enfant de 3030 grammes. Avant son accouchement cette femme avait eu de l'incontinence d'urine.

Sept heures après l'accouchement, Monsieur Lepage constate que la vessie a un développement énorme, il pratique le cathétérisme. La femme a toujours uriné spontanément depuis.

Tels sont, rapportés brièvement, les vingt cas de cathétérisme pratiqués à la Maternité Baudelocque pendant les quatre dernières années.

Quant au cathétérisme après opération il a été pratiqué une seule fois en 1891 après une opération césarienne.

Après une laparotomie pour grossesse extra utérine faite e 5 octobre 1893, une femme, V pare a uriné deux fois spontanément dans les quelques heures qui suivirent l'opération. Huit jours après son opération, on a été obligé de la sonder une seule fois, après quoi elle a toujours uriné spontanément.

Quant aux douze opérations de symphyséotomie pratiquées en 1892, deux fois on a été obligé de pratiquer le cathétérisme ; deux autres fois il y a eu de l'incontinence passagère

d'urine ; dans les huit autres cas, la miction a toujours été spontanée, volontaire et non douloureuse. Sur un même nombre de symphyscotomies faites en 1893, il a fallu également sonder quatre femmes, les autres ayant uriné spontanément.

IV

Nous venons de voir comment on se comporte à la clinique Baudelocque, au point de vue du cathétérisme et l'on peut dire *que l'on n'y sonde presque jamais les accouchées*. Cette pratique n'est pas suivie dans toutes les maternités de Paris ; c'est ainsi qu'à l'hôpital de la Maternité on sonde pour ainsi dire toutes les femmes.

Après la delivrance. nous dit madame Henry, la très distinguée sage-femme de la Maternité, pendant que nous faisons une injection à nos nouvelles accouchées, nous les invitons à uriner ; si elles ne peuvent pas nous pratiquons le cathétérisme à moins que leur vessie n'ait été vidée soit naturellement soit artificiellement peu de temps avant l'accouchement ; mais dans tous les cas, deux ou trois heures après son accouchement si une femme n'urine pas spontanément nous la sondons pour empêcher la distention de la vessie, la mauvaise direction de l'utérus, la rétention des lochies et les hémorrhagies secondaires. Ainsi la conduite tenue au point de vue du cathétérisme des accouchées diffère complètement à la Maternité de ce qui se fait à la Clinique Baudelocque. Jamais dans les observations des 6666 accouchements pratiqués pendant les quatre dernières années, pas plus que dans les 291 accouchements que nous avons observés personnellement nous n'avons vu se produire des hémorrhagies secondaires

dues à la distention de la vessie. Nous ne voyons pas non plus quel peut être l'inconvénient de la mauvaise direction de l'utérus quand la vessie est distendue puisque cette mauvaise direction n'est que momentanée. Que l'utérus reprenne sa place normale après un cathétérisme ou qu'il reprenne seulement cette place après une miction spontanée, c'est une affaire d'heures et la femme ne souffre pas davantage ni pendant ni après. Même remarque pour la rétention des lochies qui par elles-mêmes sont aseptiques normalement. Si pour une cause ou pour une autre elles sont devenues septiques et si pour empêcher leur rétention on veut pratiquer le cathétérisme on a beaucoup de chances d'en introduire des parcelles dans la vessie quels que soient les soins de propreté qui aient pu être pris. Or ces soins de propreté que l'on peut toujours prendre dans un hôpital où les sondes sont trempées continuellement dans une solution antiseptique, où l'on a toujours à faire à un personnel nombreux et plus ou moins convaincu des avantages d'une antiseptie rigoureuse, ces soins disons-nous, on ne peut pas toujours les prendre en ville ou à la campagne.

Supposons un médecin établi dans une petite ville de province ; il est appelé au milieu de la nuit pour faire un accouchement ; l'accouchement se fait à 7 heures du matin par exemple : après avoir délivré sa malade et lui avoir fait une injection il la quitte puis revient la voir le soir. Il demande si la femme a uriné, on lui répond que non ; d'ailleurs la femme n'accuse aucune douleur. Dans ces conditions le médecin devra-t-il sonder cette femme de peur que jusqu'à sa visite du lendemain, la femme ne souffre ou de peur d'être appelé dans la nuit. Oui, répondront encore beaucoup de médecins et surtout beaucoup de sages-femmes ; non dirons-nous car jusqu'au

lendemain il y a beaucoup de chance pour que la malade urine spontanément et si elle n'urine pas spontanément il y a encore plus de chance, pour qu'elle ne souffre pas. Mieux vaut donc attendre la miction spontanée que de pratiquer le cathétérisme d'une manière hâtive et de risquer ainsi d'infecter la femme avec une sonde qui est rarement aussi propre que dans un service hospitalier.

Dans les grands centres c'est-à-dire lorsque l'accouchée est plus à proximité du médecin la conduite de celui-ci doit être la même. De deux choses l'une, ou bien le médecin se servira toujours de la même sonde pour la même femme et dans ce cas il confiera son instrument à l'entourage de la nouvelle accouchée ou bien il emportera chaque fois sa sonde.

Dans le premier cas, au moindre malaise accusé par l'accouchée, une personne de l'entourage, parente ou garde, qui aura vu sonder le médecin et qui se croira assez expérimentée pour pratiquer également le cathétérisme sondera sans même avertir le médecin quand il reviendra et surtout non sans prendre toutes les précautions nécessaires. Dans notre seconde hypothèse les chances d'infection ne seront pas moins grandes.

La pratique suivie à l'hôpital de la Maternité de Paris est également celle que l'on suit à la Marternité de Bordeaux. Il est permis de se demander si dans ces écoles de sages-femmes la pratique aussi fréquente du cathétérisme chez les accouchées n'est pas faite un peu dans un but d'enseignement. Nous posons la question, sans oser y répondre.

Nous venons de voir qu'à la Maternité on sonde presque toujours, qu'à la clinique Baudelocque, on ne sonde presque jamais, voyons maintenant ce qui se fait dans les autres hôpitaux.

Dans le service de M. Bar, accoucheur à l'hôpital Saint-Louis on pratique généralement le cathétérisme au bout de 12 à 18 heures, même quand la femme ne souffre pas, car à ce moment la vessie est toujours plus ou moins distendue.

Malgré cette façon de faire on n'observe pas de cystites dues à la sonde.

M. Porak, accoucheur de Lariboisière, nous dit qu'il n'attend jamais pour pratiquer le cathétérisme plus de 24 h.

A sa deuxième visite, si la nouvelle accouchée n'a pas uriné, il la sonde ; généralement entre 18 et 24 heures.

Chez M. Maygrier, accoucheur de la Pitié, on sonde le plus tard possible mais ce distingué praticien appelle le plus tard possible un délai de 12 heures. Si la vessie a été vidée naturellement ou artificiellement pendant le travail on attend qu'elle soit distendue, pendant 8 à 12 heures pour la vider ; on se base sur la hauteur de l'utérus et sur l'état de souffrance de l'accouchée.

Monsieur le Professeur Tarnier, messieurs Budin, Ribemont-Dessaignes et Champetier de Ribes sont partisans du cathétérisme pratiqué le plus tard possible.

Dans le service de Monsieur le Professeur Tarnier à la clinique de la rue d'Assas, on sonde le moins souvent possible, on attend une miction spontanée pendant 24 ou 36 heures, à moins que la femme ne souffre.

Monsieur Champetier de Ribes, en principe ne sonde jamais dans son service de l'hôpital Tenon, il attend volontiers 24, 36 et même 48 heures. Mais généralement les nouvelles accouchées urinent bien avant ce temps.

A la Charité, Monsieur Budin pratique très rarement le ca-

thétérisme ; si la femme ne souffre pas il attend volontiers plus de 24 heures.

Monsieur Ribemont-Dessaignes à l'hôpital Beaujon sonde très rarement, il conseille d'attendre jusqu'aux dernières limites ; convaincu qu'un cathétérisme fait dans les meilleures conditions peut avoir des inconvénients comme nous le verrons dans une observation que nous rapporterons sommairement un peu plus loin et qui nous a été communiquée par Monsieur Ribemont-Dessaignes. Enfin Monsieur le docteur Boissard, accoucheur des hôpitaux, est également d'avis d'attendre le plus longtemps possible la miction spontanée. Non-seulement il craint les cystites mais il veut éviter aussi l'habitude que prend facilement une femme, surtout quand elle est nerveuse, de vouloir se faire sonder tous les jours quand elle l'a été une première fois.

A ce propos Monsieur le docteur Boissard nous a communiqué une observation qu'il nous a paru intéressant de publier : Nous avons lu aussi avec le plus grand intérêt son « *Etude sur les troubles de la miction se rattachant aux* « *divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus.* « Paris 1883 » que nous n'avons pas pu trouver en librairie et qu'il a mis à notre disposition avec un empressement dont nous lui serons toujours reconnaissant.

Monsieur le Professeur Freund de Strasbourg, que nous avons eu occasion de consulter au point de vue qui nous occupe, tient beaucoup à éviter la rétention d'urine principalement pendant les premiers jours des couches, il sonde ses accouchées peu de temps après leur accouchement.

En résumé, la question du cathétérisme après l'accouchement partage les accoucheurs en trois camps : les uns sont

partisans du cathétérisme pour ainsi dire systématique. pratiqué très peu de temps après l'accouchement et nous avons vu que c'était là surtout la ligne de conduite suivie dans les écoles de sages-femmes.

D'autres, tout en ne conseillant pas le cathétérisme pratiqué d'une manière hâtive, n'osent pas attendre assez longtemps pour que la miction se fasse spontanément et cela pour les raisons que nous avons exposées plus haut.

Le cathétérisme, toujours dangereux alors que l'on connaissait moins les règles de l'antisepsie, est certainement devenu moins redoutable; il n'en est pas moins vrai que malgré les plus grandes précautions il occasionne encore des cystites, ainsi que le démontrent nos observations VI, VII, VIII et IX. Un autre inconvénient de la sonde c'est d'y habituer quelques femmes qui demandent à être sondées pendant quelques jours consécutivement; pendant tout ce temps ces femmes sont alors menacées de cystite.

OBSERVATIONS

Nous rapportons ici quelques observations qui nous ont paru intéressantes au point de vue des avantages de la non intervention.

Observation I. (Lepage).

Miction spontanée 42 heures après l'accouchement.

Madame X... primipare, âgée de 24 ans, a eu ses dernières règles du 16 au 21 janvier 1893 ; cette femme entre en travail le 20 octobre à six heures du soir. Les douleurs sont fortes et rapprochées, l'accouchement se fait à minuit dix le 21 octobre, la période d'expulsion avait duré neuf heures 45 minutes. Présentation du sommet en G. P. avec procubitus de la main. L'enfant du sexe féminin naît vivant et pèse 4050 grammes ; le poids du placenta sans cordon et sans membranes est de 420 grammes.

Le 22 octobre au matin bien que la femme n'accuse pas de sensation douloureuse au niveau de la région hypogastrique, la garde demande à ce que le cathétérisme soit pratiqué.

Monsieur Lepage après avoir constaté que la vessie n'est pas détendue s'y refuse, voulant attendre jusqu'au soir. A 6 heures du soir, lors d'une seconde visite, Monsieur Lepage apprend que la femme vient d'uriner avec beaucoup de difficultés, mais spontanément. Il y avait 42 heures qu'elle était accouchée.

La seconde miction a lieu le 23 octobre à 5 heures du soir, elle est spontanée.

A partir du 24 les mictions sont normales.

Observation II. (Boissard).

Miction spontanée après 36 heures.

La nommée F... primipare, âgée de 25 ans, entre le 24 janvier à l'hôpital Lariboisière dans le service de Monsieur le Docteur Pinard.

Cette femme qui n'a pas eu de troubles de la miction dans le cours de sa grossesse accouche normalement dans la nuit du 24 au 25 janvier.

Début du travail à 11 heures du soir, expulsion du fœtus à 3 heures du matin, dégagement de la tête en OP. Délivrance normale, déchirure du périnée. 24 heures après son accouchement, cette femme n'avait pas encore uriné, mais comme elle ne souffre pas on juge qu'il est inutile de la sonder ; en effet elle urine spontanément au bout de 36 heures et à partir de ce moment les mictions sont normales.

Ces deux observations nous montrent que la miction se fait spontanément pourvu que l'on attende ; d'ailleurs aucun accident n'a été la conséquence de cette rétention passagère.

Observation III (personnelle).

La nommée X... âgée de 23 ans, primipare, entre dans le service de Monsieur le Docteur Weill, à l'hôpital de Rothschild, le 5 octobre 1893. L'accouchement se fait au forceps pour une présentation du sommet en droite postérieure. L'enfant a trois circulaires dont deux autour du cou, le troisième autour du thorax, il ne respire pas, la respiration artificielle et les tractions de la langue continuées pendant quarante minutes, n'arrivent pas à le faire vivre.

Accouchée à 4 heures du matin, cette femme n'avait pas encore uriné 16 heures après son accouchement, et comme elle se plaint de coliques on la sonde. Il a fallu la sonder deux fois dans les 24 heures pendant quatre jours, puis elle a pu uriner seule, elle a quitté le service le 24 décembre, ses mictions étaient normales.

Observation IV (service du Dr Budin)

Une femme X, primipare, après un travail long accouche d'un enfant de 4000 grammes après application du forceps. 24 heures après son accouchement cette femme souffre, on la sonde et les jours suivants on est obligé de la sonder deux fois par jour. Elle quitte le service au bout de 12 jours elle n'a uriné spontanément qu'une fois retournée chez elle.

Observation V (M. Démelin)

Une primipare accouche normalement à 6 heures du soir après 15 heures de travail, d'un enfant de 2900 grammes. Cette femme n'urine ni le lendemain, ni le surlendemain de son accouchement. Monsieur Démelin pratique le cathétérisme au bout de 45 heures parceque la vessie était volumineuse et parceque la malade se plaignait de coliques. Sa température d'ailleurs était restée normale. Les jours suivants il a fallu sonder cette femme une fois par 24 heures. Monsieur Démelin se servait d'une sonde en caoutchouc rouge bouillie chaque fois et après toilette rigoureuse des parties génitales de la femme avec une solution antiseptique. Les quatrième, cinquième et sixième jours la malade a pu uriner spontanément, mais quelques gouttes seulement, il fallut quand même la sonder. Le septième jour Monsieur Démelin ne la sonde pas, elle urine la valeur d'un verre à liqueur. Le huitième jour, en allant à la selle elle rend encore spontanément la valeur d'un verre à liqueur d'urine le cathétérisme pratiqué immédiatement après permet de retirer de la vessie environ deux litres d'urine non ammoniacale. Cette femme n'a d'ailleurs pas souffert et n'a jamais eu de fièvre. Au moment où Monsieur Démelin a bien voulu me communiquer cette observation sa malade n'était pas encore guérie.

Nous avons cité ces trois observations pour montrer com-

bien facilement les femmes, surtout quand on a à faire à des nerveuses, contractent l'habitude du cathétérisme.

Observation VI. (M. Porak).

Cystite après cathétérisme.

M. Porak accouche une femme pour la cinquième fois ; à chaque accouchement il a été obligé de sonder cette femme qui prétendait ne pouvoir uriner que dans la station debout. Après le cinquième accouchement, M. Porak pratique le cathétérisme tous les jours lui-même pendant huit jours. Le huitième jour c'est la garde qui sonde la jeune accouchée qui deux jours après fut atteinte d'une cystite intense qui ne céda qu'au bout d'un an. Depuis cette époque, M. Porak a donné ses soins à cette même femme dans un sixième accouchement ; comme toujours il a fallu pratiquer le cathétérisme, mais M. Porak l'a pratiqué lui-même et sa malade n'a plus jamais eu de cystite.

Observation VII (Ribemont-Dessaignes).

Cathétérisme suivi de cystite et de pyelonéphrite.

Une dame accouche simplement ; au bout de 35 heures elle n'a pas uriné, on la sonde après avoir pris les soins les plus méticuleux (toilette des parties génitales, sonde bouillie, etc). On retire une grande quantité d'urine et depuis ce moment la malade a pu uriner spontanément. Mais trois jours après survint une cystite des plus intenses, cystite suivie de néphrite avec température assez élevée (38°5) et frissons. Les deux reins furent atteints l'un après l'autre et avaient atteint un volume énorme. Cette malade ne guérit qu'au bout de six semaines après avoir donné les plus grandes craintes à M. Ribemont-Dessaignes et à M. Lécorché appelé en consultation.

Observation VIII (Lepage).

Cystite après cathétérisme.

Madame X... primipare, nerveuse, accouche un mardi à 3 heures de l'après-midi, après un travail de 11 heures dont trois pour la période d'expulsion. Le fœtus est gros, tête très ossifiée. Déchirure peu étendue du périnée (2 points de suture). La vessie avait été vidée pendant la période d'expulsion.

A 7 heures du soir M. Lepage revoit cette femme et constate que tout est normal. A 10 heures 1/2 le beau-père de cette femme, médecin en province, arrive auprès d'elle et apprenant que l'accouchée n'a pas uriné depuis son accouchement, il court chercher une sonde en caoutchouc noir chez un pharmacien, se contente de laver cette sonde extérieurement avec une solution boriquée et pratique le cathétérisme.

Le lendemain M. Lepage est informé de cette intervention et conseille de n'y pas recourir une seconde fois.

A 6 heures du soir la femme n'a pas encore uriné, elle est surtout inquiète de passer la nuit sans miction et demande qu'on la sonde. Comme elle n'accusait pas de douleurs au niveau de la vessie, M. Lepage refuse le cathétérisme et convient que si à 1 heure du matin la miction n'a pas eu lieu, on l'enverra chercher et que s'il y a indication il évacuera la vessie à ce moment.

A 9 heures du soir, après quelques tentatives infructueuses, la femme urine spontanément. A partir de ce moment les mictions sont spontanées, mais dès le vendredi, elles commencent à être douloureuses, fréquentes, et le samedi cette femme présente tous les symptômes d'une cystite aiguë des plus intenses qui dure pendant une quinzaine de jours et qu'il faut traiter par les moyens habituels. (régime lacté, bromure, etc.)

Il est facile de voir, dans ces observations, que la cystite a été la conséquence du cathétérisme.

Observation IX (Lepage). *Annales de gynécologie ;*

Cystite après cathétérisme.

Secondipare, ayant eu la première fois un accouchement laborieux qui a nécessité l'emploi du forceps ; cathétérismes répétés pratiqués après ce premier accouchement ; cystite consécutive persistant dans l'intervalle des deux grossesses.

Après avoir symphyséotomisé cette femme le 15 juillet 1893, Monsieur Lepage la sonde matin et soir jusqu'au 21 juillet.

Le 21 dans l'après midi, la malade urine seule pour la première fois depuis l'opération, mais avec des douleurs très vives.

Jusqu'au 25 les mictions sont fréquentes et douloureuses, la malade vide incomplétement sa vessie et souffre de la vessie avec exacerbations au moment des mictions. Ce jour là, le matin, après une nouvelle crise de douleurs vésicales la femme urine plus aisément. Les douleurs se calment et disparaissent vers le soir.

Le 27, la malade continue à uriner plus facilement tout en éprouvant encore quelques cuissons au moment des mictions.

CONCLUSIONS

1° La miction après l'accouchement se fait, presque toujours d'une façon spontanée.

2° Il ne faut pratiquer le cathétérisme qu'exceptionnellement : si on est forcé d'y recourir, on doit le faire le plus longtemps possible après l'accouchement.

3° On n'est autorisé à pratiquer le cathétérisme qu'autant qu'il est indiqué par le développement de la vessie ou parce que la femme souffre de la rétention d'urine.

4° Le cathétérisme hâtif est pour le moins inutile ; il expose à deux dangers inégaux quant à leurs conséquences :

a) Une fois que l'on a pratiqué le cathétérisme, souvent il arrive qu'il faut le pratiquer plusieurs jours de suite.

b) Une cystite peut être la conséquence d'un cathétérisme malgré toutes les précautions que l'on ait pu prendre.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Monod. — *Annales de gynécologie*, 1880.

Boissard. — *Etude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états de l'utérus*, 1883.

Coquin. — *Hygiène des femmes après l'accouchement.* Thèse 1815.

Potier. — *Régime des femmes en couche.* Thèse an XIII.

Canquoin. — *Hygiène des femmes en couches.* Thèse 1823.

Poichot. — *Hygiène des femmes après l'accouchement.* Thèse 1819.

Gouville. — *Hygiène de la femme après l'accouchement.* Thèse 1830.

Merger *Hygiène des femmes en couches.* Thèse 1835.

Legendre. — *De la femme récemment accouchée.* Thèse 1850.

D'Hôtel. — *Des soins que réclament la mère et l'enfant après l'accouchement.* Thèse 1851.

Marchand. — *De la rétention d'urine.* Thèse 1860.

Mons. — *Cystite dans la grossesse et l'accouchement.* Thèse 1877.

Barker. — *Soins à donner à la femme avant, pendant et après l'accouchement.* Thèse 1877.

Robert. — *Contribution à l'étude de la rétention d'urine chez les nouvelles accouchées, envisagée surtout au point de vue de ses causes.* Thèse 1882.

Barbarrin. — *Hygiène de la nouvelle accouchée.* Thèse 1882.

Prieur. — *Cathétérisme aseptique dans les hôpitaux d'accouchements.* Thèse 1883.

Hache. — *Etude clinique sur les cystites.* Thèse 1884.

Clado. — *Bactérie septique dans la vessie.* Thèse 1887.

Berlioz. — *Passage des Bactéries dans l'urine.* Thèse 1888.

Vigouroux. — *Rôle de la vessie pendant l'accouchement et la délivrance (Rétention d'urine).* Thèse 1890.

Hervieux. — *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales. Suite de couches* 1870).

Dechambre.— *Dictionnaire encyclopédique, articles* : *Vessie, cystit accouchement.*

Küss et Duval. — *Physiologie.*

Sappey. — *Anatomie.*

Charpentier. — *Traité d'accouchements.*

Tarnier. — *Traité d'accouchements.*

Cazeaux. — *Accouchements.*

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — *Précis d'obstétrique.*

Vinay. — *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches.*